

LANE Medical Library

CONSIDÉRATIONS
SUR
LA TUMEUR LACRYMALE.

THÈSE DE DOCTORAT,
PRÉSENTÉE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BERNE
PAR
CHARLES PERRET,
EX-INTERNE DE L'HOPITAL POURTALES,
A NEUCHÂTEL.

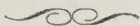
BERNE.
IMPRIMERIE J. A. WEINGART.
1857.



CONSIDÉRATIONS

SUR

LA TUMEUR LACRYMALE.



THÈSE DE DOCTORAT,

PRÉSENTÉE

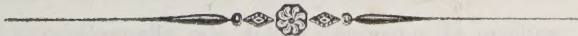
A L'ECOLE DE MÉDECINE DE BERNE

PAR

CHARLES PERRET,

EX-INTERNE DE L'HOPITAL POURTALES,

A NEUCHÂTEL.



BERNE.

IMPRIMERIE J. A. WEINGART.

1857.

DÉDICACE

A

Monsieur RAU,

Professeur à l'Ecole de médecine de Berne,

et

Monsieur E. CORNAZ,

Médecin et Chirurgien en Chef à l'Hôpital Pourtalès,

Hommage respectueux.

Si ce n'est pas vouloir me juger trop favorablement, en inscrivant vos noms à la tête de ce faible travail, daignez en accueillir la Dédicace comme un témoignage de ma reconnaissance pour les conseils et les instructions dont votre obligeance exceptionnelle m'a donné l'occasion de profiter.

DÉDICACE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONSIDÉRATIONS SUR LA TUMEUR LACRYMALE.

S'il est une maladie dont l'opiniâtreté brave toutes les ressources multiples engendrées par le génie inventif de l'art, dont la diversité des formes, les récidives fréquentes, font le désespoir du malade et du médecin, c'est bien certainement les maladies dont le siège est les voies d'excrétions des larmes, et que l'on désigne sous le nom général de tumeur ou fistule lacrymale. Malgré les grands progrès qu'a fait cette partie de la science depuis quelques dizaines d'années et auxquels ont concourrus avec zèle et succès anatomistes, physiologistes, pathologistes, et surtout les cliniciens, nous sommes forcés d'avouer notre ignorance sur bien des états morbides de l'appareil lacrymal, ainsi que sur son véritable rôle physiologique. Il serait même possible que, maintenant, on n'ait pas encore mis le doigt sur la cause la plus ordinaire de cette maladie, témoin la multiplicité des traitements employés contre elle, dont les uns réussissent dans certains cas, et les autres échouent radicalement.

C'est avec une naturelle appréhension que je livre ces lignes à votre haute appréciation, car tout travail dénué d'idées neuves ou de création véritable, ne présente de nos jours qu'un peu d'intérêt, surtout dans les sciences médicales qui poursuivent un but si éminemment pratique et dans lesquelles la moindre idée d'utilité réelle vaut cent fois plus que les

critiques les plus brillantes, les plus judicieuses, que les recherches les plus érudites.

Je n'aurais certes osé aborder un sujet aussi difficile, sujet où les maîtres de la science ont, par leurs expériences et leurs méditations, jeté de si vives lumières, si, dans ma première pratique d'étudiant, il ne s'était pas offert à moi de faire une opération de tumeur lacrymale par un procédé encore peu usité et qui, quoique ancien dans la science, n'a pas encore acquis les suffrages de tous les chirurgiens; procédé dont je me suis toujours souvenu pendant mes premiers cours cliniques avoir été pratiqué et justifié par M. Nélaton; procédé que je vis pratiquer, quoique dans un but un peu différent et dont je parlerai dans la suite, par mon estimable maître, M. Cornaz, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital Pourtalès pendant mon Internat dans cet établissement hospitalier; je veux parler de la destruction des voies lacrymales, pour des maladies de cette région, opiniâtres et ayant résisté à tous les moyens. Un certain nombre de faits empiriques dont l'issue avait été une guérison complète, était la seule raison que pouvait alléguer l'éminent Professeur de Paris en faveur d'une méthode opératoire qui aurait contre elle toutes les données de la physiologie.

Sous le point de vue anatomique, la région des voies lacrymales se compose essentiellement d'un appareil sécréteur et d'un appareil excréteur. La première ou la glande se compose d'une partie orbitaire et d'une partie accessoire en palpébrale. Dix à vingt canaux capillaires débouchant dans le replis conjonctivo — palpébral, servent à conduire le liquide de la glande sur le globe oculaire.

Le second appareil, d'une structure très compliquée, montre à l'analyse, sur les deux paupières près du grand angle de l'œil, une petite saillie au centre de laquelle on aperçoit un petit orifice, le point lacrymal, orifice du conduit lacrymal correspondant. Ces deux points lacrymaux sont dirigés en arrière vers la surface du globe oculaire où ils se mettent

en contact avec les larmes. Les conduits lacrymaux s'ouvrent en général isolément dans une cavité membraneuse, qui est le sac lacrymal terminé supérieurement en cul de sac et se continuant en bas avec le canal nasal.

Le sac lacrymal est formé d'une portion membraneuse en dehors, en dedans par une portion osseuse constituée elle-même par l'apophyse montante du maxillaire supérieur et par la gouttière que l'on remarque à l'os unguis, d'une minceur excessive. La première portion de nature fibreuse est renforcée par des expansions du tendon du muscle orbiculaire dont l'insertion est en avant du sac et le divise extérieurement en deux parties supérieure et inférieure. Une valvule semi-lunaire forme une sorte de diaphragme entre le sac lacrymal et l'origine du canal nasal.

Le canal nasal se dirige obliquement de haut en bas et de dedans en dehors et se termine au point le plus élevé du méat inférieur. Il est à peu près cylindrique. En dedans il répond au méat moyen, au cornet inférieur, en dehors à une lamelle osseuse mince au sinus maxillaire. Tous ces os forment un conduit tapissé par une membrane fibro-muqueuse qui présente plusieurs replis valvulaires mais non constants, soit en nombre, soit par l'emplacement, sur tous les individus. Assez constamment une de ces valvules forme un bourrelet à l'orifice inférieur du canal et quelquefois un autre vers le milieu du trajet du canal. La branche montante du maxillaire fait une saillie dans le méat inférieur, saillie très utile puis que derrière elle se trouve l'orifice inférieur de canal.

La longueur du canal nasal varie entre deux et trois centimètres. Son diamètre est de quatre à cinq millimètres.

Si l'anatomie des voies lacrymales est parfaitement connue, il n'en est pas de même de sa physiologie.

Nous serions certainement autorisé à penser que la glande lacrymale a pour rôle exclusif la sécrétion des larmes, si l'anatomie comparée et certaines expériences ne venaient modifier cette opinion, en apparence si naturelle. Dans la classe des

invertèbres et parmi les vertèbres chez les poissons, nous voyons manquer les glandes lacrymales et nonobstant un liquide spécial lubrifier les conjonctives.

Les citacés qui vivent dans l'eau, n'ont point non plus d'appareil lacrymal ; je sais bien qu'on peut avancer que chez eux le liquide ambiant remplace les larmes ; mais les voies d'excrétions leur manquent.

Les oiseaux, il est vrai, ont des glandes lacrymales doubles, une située à l'angle externe et l'autre à l'angle interne de l'œil (glande de Harder). Chez la plupart des reptiles, nous ne voyons que des glandes lacrymales rudimentaires, le globe oculaire, comme chez les poissons, recouvert d'une conjonctive transparente.

Les animaux articulés, tels qu'insectes, crustacés, les mollusques, qu'ils aient des yeux simples ou composés, même tout à fait analogue à ceux des animaux supérieurs, comme, par exemple, les mollusques céphalopodes, ou qu'ils descendent à un degré extrême de simplicité, comme les mollusques acéphales et les animaux rayonnés, sont tous dépourvus de glandes lacrymales.

Magendie et Martini ont pratiqué l'extirpation des glandes lacrymales pour une tumeur lacrymale sans que le larmolement ait cessé. L'opération n'aurait-elle pas été complète, qu'au moins y aurait-il dû avoir, ce me semble, une diminution de l'épiphora.

Nous voyons dans les annales de Græfe, de Berlin, que cet habile oculiste a fait des expériences analogues sur les animaux et l'homme malade, et constamment il a vu des humeurs semblables aux larmes lubrifier le globe oculaire. Les opérations de Bernard et Textor relatées dans les annales d'oculistiques parlent dans le même sens. Makenzie parle, dans son traité, d'un fait dans lequel à la suite de l'extirpation de la glande, l'individu était susceptible de pleurer de cet œil comme de son congénère. Le grand Haller pensait déjà que les larmes pouvaient bien avoir une autre source que les glandes, et dans son opinion c'était la conjonctive.

Dans la maladie appelée *Trachoma*, dans laquelle la conjonctive et la cornée subissent une sorte de transformation fibreuse, l'œil est remarquable par une sécheresse complète; faut-il, dans ce cas, supposer qu'une transformation analogue s'étant étendue à la glande, altère ses fonctions et les supprime. Partant de ces faits, ne nous serait-il pas permis de conclure que la glande lacrymale joue certainement, si ce n'est un rôle très secondaire, au moins plus faible, moins important dans l'acte de sécrétion des larmes, ou des humeurs, extérieures de l'œil qu'on ne le suppose généralement? Je ne sache pas qu'aucun expérimenteur soit parvenu à exprimer par les fins conduits de la glande un liquide de sécrétion, comme on peut le faire pour la prostate, les vésicules séminales et toutes les glandes en général.

N'est-il pas vrai que la moindre inflammation de la conjonctive, la Kératite simple, sans complication de conjonctivite, au point que Mr. le Professeur Velpeau en fait un signe différentiel important de la maladie, est accompagnée de larmoiement? N'est-il pas vrai que la moindre irritation en un point quelconque de l'œil ou des voies lacrymales par irradiation sympathique ou par continuité de tissu, un ectropion, une plaie, une paralysie des paupières, par le contact continu et irritant de l'air, le moindre attouchement, le plus petit corps étranger, déterminent avec les phénomènes congestifs ordinaires une hypersécrétion des larmes? Mais si cela est, n'y a-t-il pas non plus exagération de la part de ceux qui, mettant de côté la glande, ne voient dans l'organe sécréteur que la conjonctive et ses annexes? Ne serait-il pas probable qu'à l'instar des follicules tubuleux de l'estomac et de l'intestin grêle, des glandes salivaires, du foie et du pancréas, en un mot de toutes les glandes en grappes dont elle partage la structure anatomique, la glande lacrymale aussi ne sécrète les larmes en abondance que lorsque une irritation un peu vive, de quelque source qu'elle provienne, agit sur

la muqueuse à la surface de laquelle le produit de sécrétion est versé?

Ce stimulus, cette influence irritative de voisinage, doit nécessairement se faire sentir dans les diverses phlegmasies des membranes de l'œil, dans les états morbides si divers du sac lacrymal, de son périoste ou des os qui forment sa coque, du canal nasal, puisque la muqueuse de toutes ces parties se continue avec la muqueuse conjonctivale et celle des canaux excréteurs des diverses glandes qui tapissent les paupières ou sont enchassées dans la voûte orbitaire, ce stimulus existe dans les émotions morales par un mécanisme dont la science ne se rend pas compte.

L'analogie donc peut nous engager à penser que, dans l'état ordinaire, la glande lacrymale diminue beaucoup, si elle ne perd pas entièrement de son activité fonctionnelle, laquelle n'interviendrait que dans les cas exceptionnels où une cause, soit directe ou indirecte, la sollicite à une sécrétion dont le phénomène capital est l'épiphora.

Nous verrons plus tard que l'épiphora qui accompagne la tumeur lacrymale ne reconnaît pas d'autre cause, et qu'on a généralement tort de l'attribuer à un obstacle à l'écoulement des larmes par les voies d'excrétions.

Si la science n'a pas dit son dernier mot sur la question de la source des larmes, que sera-ce lorsque nous l'interrogerons à l'effet de savoir ce quelles deviennent après avoir accompli leur rôle physiologique?

Nous voyons bien à l'angle interne de l'œil un appareil très compliqué sensé servir à l'élimination des larmes, appareil dont le mécanisme fonctionnel reste encore énigmatique. Pour l'expliquer, on a fait intervenir la théorie du siphon, de la capillarité, le vuide, l'aspiration produite dans l'inspiration, et il est plus probable que tous ces phénomènes interviennent simultanément; mais supposons la plus légère lésion de cet admirable appareil, et aussitôt tout est insuffisant, l'inévitable épiphora apparaît. Cet appareil est-il le seul propre à l'élimi-

nation des larmes? question des plus importante par rapport à ses conséquences sur les traitements.

Nous ne craignons pas d'avancer que, malgré toutes les apparences, il ne peut remplir ce but exclusivement, puisque, d'un côté, étant détruit, le larmolement cesse ou diminue, puisque, de l'autre, restant parfaitement perméable à l'aide d'instruments artificiels, il est impropre à guérir l'épiphora au libre écoulement des larmes. Car, pour n'emprunter qu'un exemple à la pathologie, supposons le canal nasal ramené à son lumen normal, les mucosités auront un libre cours, les larmes par conséquent aussi, l'inflammation et le volume de la tumeur à l'angle interne de l'œil auront diminués et l'on s'étonnera cependant de voir la maladie persister à un certain degré, et l'épiphora continuer comme auparavant. Ce n'est point une hypothèse, mais un fait clinique que chacun a du observer.

Preuve flagrante en est la canule de Dupuytren. Le canal d'excrétion est rétabli, quoique artificiel. Les larmes, par exemple, ont un espace libre à leur écoulement. D'où vient donc, dans ce cas, que l'épiphora persiste, ou après avoir cessé un moment, récidive avec une désespérante opiniâtreté? C'est que la maladie dure nonobstant la canule, qui n'est ici qu'un paillatif insuffisant; c'est que l'irritation persiste sur la muqueuse conjonctivale et les orifices des diverses glandes. Ne nous méprenons point sur cette cause du larmolement; si nous l'envisageons comme dû à une irritation chronique et non à une insuffisance des conduits lacrimaux ou du canal nasal, ce n'est point non plus à une cause analogue à une inflammation franche. Nous voyons dans beaucoup de phlegmasies franches de l'œil celui-ci rester parfaitement sec, mais alors probablement la glande lacrymale, les glandules de Meibomius, la conjonctive sont sous l'influence de cet état morbide et ne savons nous pas que l'inflammation de tous les organes sécréteurs les rend impropres à une sécrétion abondante et normale: l'inflammation aigue du testicule suspend la sécrétion

spermatique, l'urine se supprime dans la néphrite, la bile dans l'hépatite, les engorgements aigus de la parotide n'augmentent pas le flux salivaire; dans tous ces cas la sécrétion est dénaturée, diminuée, souvent tarrie, augmentée seulement dans des états inflammatoires chroniques, ou lorsque un stimulus de voisinage sollicitera les organes.

Hyrthl dans son Anatomie topographique enseigne, lui, que les canaux lacrymaux ne sont mis à rétribution que dans l'acte de pleurer, que, dans tout autre moment, ils sont parfaitement vuides et qu'on ne réussit jamais par la pression à en faire sourdre un liquide.

Desmarres, dans son traité, admet que l'occlusion des points lacrymaux sans inflammation aucune des parties, la destruction même du sac n'occasionne jamais d'épiphora persistant, tandis que dans le cas de tumeur lacrymale inflammatoire, le larmolement continue d'être aussi intense, malgré l'ouverture artificielle de la tumeur. Du reste, il est aisé de comprendre que deux canaux de diamètre aussi capillaire sont insuffisants, et dans l'état morbide et dans l'état normal, à entraîner un liquide sans cesse renaissant. La première application de ce principe, nous la trouvons en thérapeutique dans l'indication plus rationnelle de ne pas s'obstiner à recouvrer la perméabilité des voies lacrymales pour remédier au symptôme si incommode du larmolement, puisque celui-ci reconnaît d'autres causes.

Quelles seront donc les autres sources d'élimination des larmes?

Une source importante d'élimination se trouve dans l'évaporation. Ne voyons-nous pas l'épiphora d'iminuer, cesser même, lorsque l'air sec et chaud est peu saturé d'humidité, et, au contraire, naître ou augmenter dans un oeil sain ou malade, lorsque l'air est près de son point de saturation? Dans l'oeil malade l'influence de l'état hygrométrique est manifeste.

Pourquoi cette cause physique cesserait-elle d'agir dans l'état normal de l'oeil? On ne pourra guère lui supposer une

action particulière sur les canaux lacrymaux et le canal nasal. Une autre source d'élimination doit se trouver dans la résorption par les réseaux veineux si nombreux de la conjonctive. Les veines sont des vaisseaux éminemment absorbants, et de même que nous voyons dans tous les tissus affectés d'inflammation la résorption être suspendue, de même dans les phlegmasis de la muqueuse oculaire, l'épiphora être une conséquence de cet arrêt des fonctions veineuses. L'absorption des larmes ne pourrait-elle pas non plus se faire à travers la cornée par un phénomène endosmotique et concourir pour une partie dans la reproduction des humeurs des deux chambres, humeurs aqueuses qui seraient au fur et à mesure résorbées par les veines de l'iris et les vaisseaux ciliaires ?

La cornée représente une membrane très propre à l'endosmose. La Kératite superficielle, mais surtout interstitielle, est constamment accompagnée de larmolement, c'est même, d'après Velpeau, un de ses signes pathognomoniques au point que si, dans une conjonctivite, il y a larmolement, c'est qu'à coup sûr elle est compliquée de Kératite.

Quoiqu'il en soit de ces hypothèses, il est permis de penser qu'il existe plusieurs voies d'élimination aux larmes, qu'elles peuvent agir simultanément, ou se suppléer les unes les autres, que l'une peut redoubler d'activité lorsque l'autre aura cessé de fonctionner; il nous sera permis de penser que l'importance des voies lacrymales n'est pas telle pour l'élimination des larmes que sa destruction doive nécessairement entraîner à sa suite une perturbation persistante dans cette importante fonction, et comme, d'un autre côté, cet appareil acquiert une grande importance comme siège primitif d'une foule d'états morbides, dont l'influence retentit vivement sur les sécrétions et l'excrétion des larmes, on sera naturellement amené à concevoir comment une opération, la destruction du sac lacrymal, en apparence si en contradiction avec les lumières de la Physiologie, pourra être couronnée d'un succès vainement imploré à d'autres méthodes

thérapeutiques. La nature, dans sa richesse et sa prévoyance, peut se passer un à un des moyens que nous lui enlevons, car, au fur et à mesure, elle sait se créer de nouvelles ressources.

Si maintenant nous entrons dans la partie pathologique de cet essai, nous dirons qu'on entend par Tumeur lacrymale une foule de maladies diverses dans leurs causes, leur origine et leurs sièges primitifs, mais dont le résultat constant est de donner lieu à la formation d'une tumeur à l'angle interne de l'œil, tumeur qui tôt ou tard s'ouvrira spontanément par une ouverture unique ou multiple, souvent capillaires, laissant sourdre un mélange de mucus et de larmes, et restant fistuleuses le temps que dure la maladie, laquelle de plus, outre diverses complications du côté de l'œil, sera accompagnée d'un symptôme à peu près constant et des plus désagréable pour le malade, des plus récalcitrant pour le médecin, savoir le larmolement.

Cette maladie sera très variable, suivant sa cause; car elle pourra reconnaître pour origine une Phlegmasie aigue ou chronique, mais franche de la muqueuse qui tapisse l'intérieur de l'appareil, causes qui peuvent retarder ou empêcher le cours des larmes et des mucosités dans le canal nasal, comme l'épaississement, les ulcérations de la muqueuse, le boursoufflement des valvules, une inflammation qui peut avoir succédé à la Variole, à la Rougeole, à la Scarlatine, aux Dartres, Ulcères spécifiques ou non des fosses nasales. Cette maladie sera différente suivant son origine, car elle pourra accuser un vice syphilitique ou scrophuleux. Cette maladie sera variable suivant le siège primitif du mal. Une altération congénitale des os propres du nez, la largeur avec aplatissement du nez dans sa partie supérieure, une fracture avec mauvaise consolidation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, de l'os unguis, des cornets, peuvent donner naissance à la tumeur lacrymale. Tantôt la maladie débutera par une région voisine, le périoste, la coque osseuse, et s'étendra

par contiguité, ou par une carie ou une nécrose spécifique ou non; dans ces cas le pus se fraye un chemin par perforation de la paroi fibro-membraneuse, enflamme par son contact la muqueuse dont la sécrétion dénaturée se joint au pus pour former une tumeur et avec le temps une fistule.

L'atonie du sac lacrymal regardée comme cause par fabrice d'aquapendante, n'est à nos yeux qu'une conséquence de la maladie. S'il en était ainsi, il serait en notre pouvoir de guérir un bien plus grand nombre de tumeurs lacrymales, la matière médicale nous offrant de nombreuses ressources pour remédier à l'atonie des tissus. Malheureusement il n'en est pas ainsi. D'après Scarpa, l'altération puriforme de la sécrétion des glandes de Meibomius et des follicules de la conjonctive, altération qu'il appelle flux palpétral puriforme, précéderait toujours et serait la cause constante de la maladie qui nous occupe. La loi inverse aurait tout autant, si ce n'est plus, de raisons d'être. Dans ce cas encore, répéterons nous, nous pourrions nous rendre maîtres bien plus fréquemment de la maladie.

Combien peu de tumeurs lacrymales ne guérissons-nous pas, comparativement au nombre de conjonctivités?

Bien certainement il arrive souvent que nous luttons en vain contre certaines Kérato-conjonctivités qui ne reconnaissent d'autres causes qu'une affection chronique des voies lacrymales.

L'inflammation aigue de la muqueuse ne doit pas entrer en ligne de compte, elle doit être excessivement rare, et, si elle existe, ses conséquences sont insignifiantes. Mais de même que nous voyons dans certaines fièvres catarrhales un enchiffrement des muqueuses donner lieu à une sécrétion d'humeurs ténues, âcres, irritant les tissus et les surfaces sur lesquelles elles s'écoulent, de même chez les sujets scrophuleux chez lesquels toutes les influences morbides retiennent si vivement sur les tissus muqueux, une cause analogue par l'enchiffrement des voies lacrymales, l'hypersécrétion

des follicules mucipares et sébacés, de la conjonctive et la glande lacrymale, doit souvent appeler la formation de la maladie. Il en est de même pour des récidives fréquentes d'ophtalmies lymphatiques, se propageant par les conduits lacrymaux, d'affections dartreuses des fosses nasales. Les engorgements des divers follicules du sac et du canal nasal, leur altération de sécrétion doivent donner lieu à une accumulation de produits dont la stagnation sera une cause d'irritation incessante, et delà à l'inflammation il n'y a pas loin. Bérard, dans ses Recherches, a cru reconnaître dans certaines glandes du sac les analogues des glandes de Meibomius, et par là il s'expliquerait les coïncidences fréquentes de certaines Blépharites avec la tumeur lacrymale.

Cette liaison avait déjà été observée, si ce n'est anatomiquement, au moins cliniquement, par Scarpa.

Toutes ces causes se trouvent réunies chez les tempéraments lymphatiques. Chez eux la moindre influence morbide se détermine par une inflammation catarrhale chronique.

Il n'est pas prouvé d'une manière certaine que des déviations dans la direction du canal nasal, soit congéniale soit accidentelle, puissent être une cause de la tumeur lacrymale. Dans tous les cas, ce n'en serait qu'une cause adjuvante, prédisposante, mais à elle seule, je la crois impuissante. Le sac lacrymal a une direction verticale, le canal nasal se dirige d'avant en arrière, et de dedans en dehors, et forme avec la voûte palatine un angle de 50—70 degrés.

De plus le coude qui existe à l'union du sac et du canal peut varier et être plus ou moins prononcé.

On conçoit jusqu'à un certain point que des modifications analogues dans le squelette osseux, qui s'écarteraient trop du type normal, favoriseraient la naissance d'une tumeur lacrymale moins par obstacle au libre écoulement des larmes, que en donnant lieu à la stagnation des mucosités sur une muqueuse engouée, déjà malade sous l'influence d'une diathèse constitutionnelle.

Les vices congéniaux de la charpente osseuse, principalement l'aplatissement de la racine du nez, se trouvent constamment associés à la constitution scrophuleuse; chez un sujet sain, ils sont bien rarement accompagnés d'une maladie des voies lacrymales.

Une cause qu'il est essentiel de ne jamais perdre de vue, est la carie ou nécrose syphilitique ou non. Le diagnostic, si important par rapport à la thérapeutique, sera assez facile dans la plupart des cas. S'il y a déjà une ou plusieurs ouvertures fistuleuses, l'introduction du stylet, la nature et l'odeur du pus, la constitution générale, les commémoratifs, d'autres accidents analogues sur quelque autre partie du corps, suffiront pour fixer la nature de la maladie. Mais il serait possible, quoique rarement, qu'une tumeur lacrymale bornée primitivement au sac, se propagea au périoste et à l'os; dans ce cas, le stylet induirait, en quelque sorte, en erreur; mais ce ne serait jamais au détriment de la thérapeutique.

Les concrétions calculeuses des larmes et des mucosités, les polypes naissant sur la muqueuse de la région même ou des régions voisines et se propageant dans les voies lacrymales librement ou par usure des os, n'agissent probablement que comme cause d'irritation, d'engouement et d'inflammation.

La science n'est point encore assez avancée pour fixer d'une manière un peu certaine le rôle que jouent les valvules dans cette maladie. On n'est pas d'accord sur leur existence, leur nombre, leurs positions, il y a, à cet égard, tant de différences individuelles qu'il est impossible de poser quelques généralités. Cependant des observateurs ont décrit des affections valvulaires fondées sur l'anatomie pathologique, et expliqué certaines tumeurs lacrymales par les altérations, et adhérences anormales de ces diaphragmes.

Quant à la symptomatologie, nous nous bornerons à quelques mots. N'ayant jamais observé l'inflammation aigue du sac, nous ne pourrions la décrire que par analogie et au frais de l'imagination. Dans les cas chroniques, simples, en dehors

de toute spécificité, et qui sont de tous les plus fréquents, nous voyons la maladie débiter par un enchiiffrement, une sensation de sécheresse particulière des fosses nasales, un engorgement de la muqueuse, dont on s'assurera facilement en commandant au malade quelques fortes expirations, la narine du côté sain restant fermée. La conjonctive oculo-palpébrale ne tarde pas à s'irriter, et il y a déjà alors un sentiment d'humidité à la surface du globe de l'œil. Une tumeur apparaît et se forme lentement au niveau du sac, elle est ouvoïde, circonscrite, molle, indolente, sans changement de coloration et de température des téguments. La tumeur est toujours plus volumineuse le matin que le soir, elle cède à la pression, et alors on voit sourdre un liquide sero-purulent par les points lacrymaux et par le canal nasal, ou seulement par une de ces deux voies.

D'abord molle et facile à vider, elle deviendra un peu plus dure; le liquide, devenant plus puriforme et plus épais, obéira moins à la pression, et la tumeur ne se videra jamais qu'incomplètement. Les bords des paupières s'engorgent, les glandes de Meibomius, qui fournissent une sécrétion puriforme, les collent pendant la nuit. La sécrétion des larmes, et l'épiphora augmentent proportionnellement à l'intensité de l'engorgement du sac et de l'inflammation de la conjonctive, toujours ces deux phénomènes restent dans un rapport intime. La maladie peut rester à ce degré plus ou moins longtemps, mais le plus ordinairement l'inflammation ne tarde pas à s'emparer, à plusieurs reprises, de la tumeur. Elle n'occupe d'abord que les parois du sac, plus tard elle s'étendra au tissu cellulaire, à la peau, et se termine par la formation d'un abcès au devant du sac, et avec l'ouverture de l'abcès, spontanée ou artificielle, la fistule s'établit. La tumeur lacrymale s'ouvre ordinairement au niveau de sa partie moyenne ou inférieure, elle peut avoir plusieurs ouvertures extérieures, qui peuvent même être capillaires, circonstance favorable pour la guérison, correspondant à une seule ouverture interne.

Avec le temps elle pourra se compliquer de l'oblitération d'un ou des deux conduits lacrymaux.

Le moment où la fistule apparaîtra peut avoir quelque importance pour fixer le diagnostic. Ainsi, lorsque l'os est primitivement malade et surtout par le virus syphilitique, la fistule s'établit sans qu'auparavant il se soit développé une tumeur; dans tous les autres cas, cette dernière est le premier phénomène apparent. La forme de la fistule doit aussi être prise en considération, suivant l'espèce de maladie, et aidera à en fixer la cause probable.

Pour une carie ou une nécrose de l'os unguis on n'observera en général qu'une seule ouverture, large, profonde; le trajet fistuleux se compliquera de callosités, de fongosités; les bords d'ulcérations; le stylet pénétrera facilement jusqu'à l'os malade, lequel présentera les altérations propres de la carie ou nécrose. L'affection reste-t-elle bornée au sac, l'établissement de la fistule sera plus tardif, il y en aura souvent plusieurs, elle sera plus étroite, plus irrégulière, le liquide purulent aura des caractères différents. Un caractère commun à ces deux genres de fistules sera leur persistance opiniâtre.

Dans un cas, elle ne se fermera pas aussi longtemps que l'os sera malade; dans l'autre, elle persistera tant que, par une médication locale et générale, on ne sera pas parvenu à modifier la vitalité de la muqueuse, à la ramener à son état et à ses sécrétions normales. L'un comme l'autre cas présentent une égale résistance à nos moyens thérapeutiques, exceptons-en toutefois une lésion syphilitique de l'os, qui sera facilement guérie à l'aide des remèdes spécifiques.

On conçoit qu'un état inflammatoire chronique de la muqueuse des voies lacrymales, persistant pendant un certain temps, amènera nécessairement diverses lésions et altérations secondaires, qui ne pourront qu'acroître les symptômes primitifs, et particulièrement l'épiphora. Tel sera un boursoufflement de plus en plus considérable de la muqueuse, des ulcérations avec

cicatrices difformes, des destructions, ou des adhérences anormales des valvules. On a souvent rencontré une oblitération complète du canal nasal amenée par une transformation fibreuse des rétrécissements, lesquels, le plus souvent, se trouvent à l'angle de réunion du sac avec le caual.

Les produits de sécrétion viciée, altérés et dénaturés par un long séjour, ne bornent pas leur action sur la muqueuse seule, mais aussi aux parois fibreuses, au périoste, à l'os; et l'on a vu de ces abcès chroniques, après un long temps à partir du début, avoir pour limites l'os dénudé et la peau de plus en plus amincie.

Quant au diagnostic et aux symptômes des tumeurs lacrymales valvulaires, je les crois fort difficiles à élucider, ce ne sera guère qu'un cathétérisme très délicat, qui pourra mettre sur la voie. Pour ce qui est des tumeurs formées par des concrétions calculeuses et une expansion polypeuse, l'examen attentif de la région malade et des régions voisines ne mettront jamais en défaut le diagnostic. L'opération qu'elles nécessiteront sera dans le premier cas, très facile, quelquefois aussi dans le deuxième, lorsqu'on aura devant soi quelque petit polype muqueux ou vésiculaire implanté sur la paroi du sac, dans d'autres cas, accompagnée d'insurmontables difficultés qui engageront plutôt à un traitement simplement paillatif.

Si nous passons maintenant à la thérapeutique de la tumeur lacrymale, nous tombons dans un champ infiniment vaste, dans lequel tout ce qu'une chirurgie inventive et expéditive en moyens ingénieux, en remèdes héroïques, tout ce qu'une riche matière médicale peut offrir d'élément variés, ont semé avec d'autant plus de profusion que la maladie par ses formes diverses, vaincue par certaine médication, réfractaire dans d'autres aux mêmes moyens, suggérait à l'esprit du chirurgien de nouvelles tentatives, le plus souvent infructueuses, ou dont un succès momentané devait par de fatales récidives amener à une plus juste appréciation.

Avant de décrire l'opération que j'ai hasardé de faire, opération suggérée par le souvenir d'une leçon clinique du prof. Nélaton, et par quelques exemples vus pendant mon internat, il sera convenable que je jette un coup d'œil historique rapide, et tout d'abord je tombe sur une difficulté que je ne sais comment éluder.

Ici, comme dans toutes les questions de ce genre, nous voyons chaque méthode un peu capitale, chaque mode opératoire avoir ses adhérents et ses adversaires, et, parmi les uns et les autres, nous voyons des hommes également recommandables par leurs talents et leurs lumières, chaque traitement avoir son temps de vogue et sa période de délaissement, chaque méthode opératoire guérir toujours et infailliblement, pour ne plus avoir ensuite qu'une existence purement historique, être d'autant plus critiquée qu'elle avait été appréciée dans des temps meilleurs, et tout cela malgré l'immuabilité de la maladie. Et qu'on ne s'étonne pas alors, s'il est impossible à l'élève de se diriger dans ce labyrinthe de contradictions, et s'il n'est donné qu'aux lumières de l'expérience et à la clarté du talent de découvrir la vérité.

Dans toutes les questions médicales de controverse, les leçons prises à la clinique, les enseignements puissants des faits, passent avant les spéculations séduisantes de la critique. Quand je vois le grand maître de la chirurgie moderne traiter toutes les tumeurs lacrymales avec sa canule devenue historique, quand je vois l'école de Paris rejeter de la manière la plus formelle le procédé de Dupuytren, quand je vois ce dernier, malgré tous ses succès apparents ou réels, abandonné par la très grande majorité des praticiens actuels, je suis bien forcé de croire que Dupuytren s'est trompé lui-même, en trompant ses malades, et que le temps, souverain juge, a fait justice de sa canule.

Je m'abstiendrai, autant que possible, de toute critique, et m'attacherai essentiellement à faire ressortir les avantages et les inconvénients de chaque mode de traitement, comme aussi le but que se proposaient leurs inventeurs.

Deux méthodes générales peuvent se disputer non l'honneur de la victoire, mais la prédominance dans le traitement de la tumeur lacrymale, savoir le traitement médical et le chirurgical. De nos jours un petit nombre de praticiens s'en tiennent encore exclusivement à la première méthode, insuffisante dans la majorité des cas, suffisante dans le petit nombre de cas où un traitement général, constitutionnel et local est à même de ramener les tissus à leur état normal, et leurs fonctions à leur rôle physiologique.

Du temps de Dupuytren, suivant l'exemple du maître, on était habitué à négliger tout traitement médical, toute médication topique, l'art chirurgical intervenait de prime abord. Depuis lors, la nature de la maladie ayant été plus approfondie et les inconvénients sérieux de plusieurs modes opératoires reconnus, on a dû revenir à des méthodes plus rationnelles, où la médecine pure a aussi fait entendre sa voix. Les moyens médicaux que nous voyons recherchés, même par un chirurgien éminent, Lisfranc, sont les antiphlogistiques locaux, les sang-sues, les applications émollientes, les lotions résolutives, les insufflations de substances astringentes, les collyres au nitrate d'argent, sels de zinc, de plomb; remèdes qui, par l'intermédiaire des conduits lacrymaux, peuvent avantageusement modifier la muqueuse du sac lacrymal et du canal nasal, la compression permanente; je me suis obstiné à traiter deux tumeurs lacrymales au début, chez un enfant scrophuleux, avec léger larmolement, par le collodion; une autre fois, par une application de teinture d'Iode, mais parfaitement en vain; peut-être aurais-je eu plus de succès par l'application directe de la teinture sur la muqueuse du sac, mais je n'y songeai pas dans le moment. N'aurais-je pas pu obtenir, par ce moyen, une inflammation adhésive du sac? et que serait devenu alors l'épiphora?

La lésion primitive qui aura produit la maladie, l'état aigu ou chronique de la tumeur, son ancienneté, devront toujours être soigneusement pris en considération, lorsqu'il

s'agira de faire intervenir d'abord un traitement médical ou, sans perdre de temps, choisir entre les méthodes opératoires les plus convenables à combattre la maladie.

Ces dernières méthodes sont : *les injections, le cathétérisme, la dilatation, la cautérisation, la formation d'un canal artificiel, enfin l'oblitération des voies lacrymales.*

Anel est l'inventeur de la méthode des injections, et si elle est des plus ingénieuse, elle est aussi très difficile à mettre à exécution. Il inventa une seringue dont la canule droite ou recourbée et filiforme, doit être introduite dans l'un des points lacrymaux. Par ce procédé, l'on peut s'assurer de la perméabilité des voies lacrymales, du siège approximatif de certains retrécissements, par la manière dont le liquide reflue dans les fosses nasales, par le point lacrymal supérieur ou inférieur, procédé qui présente l'avantage inappréciable que le liquide injecté est destiné à agir comme désobstruant et comme modificateur, tout à la fois, des surfaces malades.

On ne devra pas croire de suite à l'existence d'un obstacle pathologique, parce que un peu de liquide reflue par le point lacrymal ; on l'attribue à une valvule placée immédiatement au dessous de l'orifice interne des conduits lacrymaux, valvule qui, quoique assez hypothétique, a été appelée valvule de *Huschke*. Si la tumeur est accompagnée de fistule, il sera bien plus aisé de faire les injections par l'ouverture même. Blizzard tenta de désobstruer le canal par des injections de mercure. Pour un cas, j'ai essayé des injections de nitrate d'argent, par la fistule.

Quant au cathétérisme, Mr. Gensoul a facilité le procédé de Laforest, en ayant l'idée de prendre l'empreinte du canal nasal et de faire construire un cathéter dont l'une des extrémités a la forme exacte de ce conduit, tandis que l'autre est muni d'un pavillon qui permet d'imprimer sans difficulté des mouvements de bascule à l'instrument.

Græfe, de Berlin, a proposé des sondes de diverses courbures. On a observé que la distance entre les deux angles

internes des yeux était égale à la distance du bord libre de l'aile du nez à l'orifice inférieur du canal nasal, mais je ne vois pas trop en quoi cela peut faciliter le manuel opératoire, toujours assez difficile. Malgré la plus grande habitude, il est souvent impossible de sentir la partie inférieure de l'apophyse lacrymale du cornet inférieur, éminence osseuse qui recouvre de haut en bas et en avant l'orifice nasal du canal. Dans le dernier temps de l'opération, lorsque le bec de la sonde est arrêté par cette saillie, on lui imprime un mouvement de rotation qui porte le bec en haut et sa convexité en dehors, suivi d'un mouvement de bascule imprimé par l'abaissement du pavillon pour enfoncer l'instrument vers la partie la plus élevée du méat inférieur; il arrive souvent que le cornet inférieur est soulevé par la sonde, et, sans de grands ménagements, il peut en résulter une fracture ou peut être aussi une luxation de ce cornet. La sonde de Gonsoul a été, pour plus de facilité pratique, ingénieusement transformée en Gutta-Percha, par notre éminent Professeur, Monsieur Rau, ce qui lui ôte beaucoup de ses inconvénients.

Le cathétérisme, d'après ces procédés, présente le grand avantage de s'assurer d'une manière positive des lésions, des rétrécissements, de la perméabilité ou de l'occlusion du canal nasal. En même temps, il rentre aussi dans la méthode dilatante; répété un certain nombre de fois, il offre un moyen de dilatation temporaire, par les voies naturelles.

C'est principalement à la méthode de dilatation que les chirurgiens ont cherché des ressources d'amélioration, si non de guérison, et c'est pour elle qu'ont été créés tant de procédés, tant d'instruments. J'avoue que j'ai quelque peine à comprendre le but des auteurs de la méthode.

Serait-ce le parallèle avec la dilatation du canal de l'urèthre? Mais il n'y a guère de rapprochement à établir entre ces deux voies d'excrétions; dans l'une l'issue de liquide est intermittente, chez l'autre il y a continuellement écoulement des sécrétions muqueuses et lacrymales, mais

toujours en très petite quantité à la fois; il en résulte, dans le premier cas, qu'un obstacle sera toujours d'une conséquence grave, que dans le deuxième, malgré des rétrécissements et une occlusion imparfaite, si cela seul constituait toute la maladie, il y aurait toujours assez d'espace libre au parcours des larmes; que par conséquent, sous ce rapport, la dilatation n'est pas très rationnelle, et ne constitue nullement une méthode curative.

Dans les maladies de l'urèthre, les lésions qui constituent tout le danger, dans celles du canal nasal, ne sont que des épiphénomènes qui peuvent très bien manquer, sans que pour cela l'intensité de la maladie n'en diminue, ou le larmolement ne cesse. La canule Dupuytren, qui est un véritable canal nasal artificiel, ne guérit pas, tant s'en faut, la tumeur lacrymale, ni surtout l'épiphora; ni la conjonctivité, et l'écoulement purulent par les points lacrymaux.

Un autre point capital, qui éloigne tout parallèle du canal de l'urèthre et du canal nasal, gît dans leurs rapports et leur structure anatomique. L'un est entouré dans tout son parcours par des tissus-fibro-musculaires qui peuvent se prêter à une dilatation, l'autre est emprisonné dans une coque osseuse. Tout au plus, dans le cas de boursofflement de la muqueuse, d'entraves apportés par des replis valvulaires, des fausses adhérences de valvules, je comprendrais l'utilité de l'introduction de certains corps dilatants dans le but de refouler, d'atrophier, en quelque sorte, l'exubérance de la muqueuse, et, à cet égard, nous verrons bientôt combien la méthode de Mr. le professeur Rau est rationnelle, et combien elle doit rendre plus de services réels que bien d'autres méthodes plus compliquées.

La dilatation temporaire abonde en procédés. Les uns font la ponction du sac de dehors en dedans, d'autres de dedans en dehors par le canal, d'autres encore, pour n'avoir pas de cicatrices, en dedans de la paupière inférieure. Des bougies de cire coniques, des mèches, des fils

métalliques, des cordes à boyau, servent tour à tour d'instruments dilatants. Scarpa introduisait pendant quelques jours une mèche enduite de précipité rouge, qu'il remplaçait par son clou de plomb, le long duquel les larmes devaient s'écouler. J'ai vu avec étonnement beaucoup d'antagonistes de la canule n'avoir aucune prévention contre le clou de Scarpa, comme s'il y avait une si grande différence entre ces deux instruments.

L'une est une tige creuse, l'autre une tige pleine. Mais si le canal est sain, le mal limité au sac lacrymal, à quoi peuvent servir les moyens dilatants.

Dupuytren conçut l'idée de la dilatation en permanence, par l'établissement d'un canal artificiel. A priori, ce devrait être, semble-t-il, un moyen infaillible; le canal naturel ne fonctionnant plus, quoi de plus naturel que d'y en substituer un artificiel? A supposer la canule introduite avec l'habileté et la prudence nécessaires, ce mode opératoire aurait, d'après la plupart des oculistes modernes, toutes sortes d'inconvénients sérieux; tels que décollement de la muqueuse, du périoste, carie, nécrose, fracture des os, oblitération de la tige vers ses extrémités par des concrétions de larmes ou de mucus, des replis de la muqueuse, inflammation érysipélateuse des téguments, vives douleurs dans l'opération; enfin, instabilité de la canule dans le canal et nécessité, tôt ou tard, de l'enlever, ce qui présentant quelques difficultés, a donné lieu à l'invention d'instruments appropriés. Si tout cela est vrai, comme la canule est impuissante à guérir la maladie, il est heureux qu'elle soit devenue hors de mode. Mais elle apporte du moins quelque soulagement, elle guérit, dit-on même, temporairement. Son triomphe gît dans une subite amélioration; je le crois bien; les voies naturelles reformées, elles se désobstruent instantanément, mais le mal n'en reste pas moins dans toute sa rigueur, et son cortège de symptômes réapparaît tôt ou tard, et en ce sens, je suis disposé à croire que Dupuytren n'a pas obtenu un seul succès, dont le temps ait pu garantir une guérison

définitive, qu'il n'aurait atteint par des moyens plus doux et plus simples. Quant aux procédés violents employés par le chirurgien de l'hôtel-Dieu, les fractures, l'enfoncement de la canule dans les cavités voisines, sa négligence à suivre ses opérés, j'aime à croire qu'il entendait son art aussi bien que ceux qui s'attaquent à sa réputation.

La présence, à la longue, de la canule ne peut raisonnablement entraîner tous les inconvénients qu'on s'est plu à imaginer. — Elle n'est pas plus dangereuse, comme corps étranger, qu'une balle logée dans l'épaisseur d'une épiphyse ; la chirurgie militaire fourmille de faits, tous plus extraordinaires les uns et les autres, pour prouver combien les métaux sont facilement tolérés par nos tissus ; en quoi le clou de Scarpa, le fil métallique attribué à Wardt, seraient-ils donc plus inoffensifs que la canule à cet égard ? La méthode de Mr. le professeur Rau trouve ici sa place ; et parmi tous les modes de dilatation imaginés, elle mérite certainement le plus de considération. Cet éminent praticien a pour habitude de tremper pendant plusieurs heures des cordes à boyau de dimensions variables dans une solution assez concentrée de nitrate d'argent, puis les introduit, par la fistule ou par l'ouverture préalablement faite de la ponction du sac, dans le canal nasal. Changées tous les jours, elles sont remplacées par d'autres de plus en plus volumineuses. Ces cordes offrent le précieux avantage, en se gonflant par imbibition des mucosités, de dilater insensiblement le trajet membraneux, puis aussi d'agir topiquement sur les tissus malades, par une sorte d'irritation substitutive ; cette médication poursuit donc le double but de s'attaquer au principe de la maladie aussi bien qu'à ses conséquences, et, à cet égard, elle est la plus rationnelle et la plus ingénieuse. Si la solution du sel d'argent est assez concentrée, elle peut agir en véritable caustique.

J'ai eu l'occasion de poursuivre plusieurs succès durables dus uniquement au procédé de Monsieur le professeur Rau. Méjean pratiquait la dilatation par les voies naturelles, en

introduisant un stylet, par le conduit lacrymal supérieur, jusque dans la fosse nasale, stylet armé d'un fil auquel était attaché une mèche, qui était remontée dans le canal. Inutile de dire que ce procédé si délicat est totalement abandonné de nos jours.

Les modes opératoires, dans le but de créer une nouvelle route aux larmes, sont nombreux, et consistent essentiellement dans la perforation ou l'ablation de l'os unguis, dans la pénétration dans le sinus maxillaire par le plancher de l'orbite, et même dans la création d'un conduit tout nouveau dans une direction rapprochée du canal normal.

Scarpa employait le cautère actuel pour perforer l'unguis; Woolhouse un poinçon, tout en ayant chaque fois soin de maintenir l'ouverture béante, par une petite canule, qui est censée pouvoir rester en place d'une manière permanente. Hunter fait usage, dans le même but, d'un emporte-pièce. Warner et Gerdy enlèvent l'unguis presque en totalité, et établissent de la sorte une large communication entre le sac lacrymal et les fosses nasales.

Laugier est l'inventeur de la perforation du sinus maxillaire. Que dirons-nous de toute cette chirurgie, qui consiste à démantibuler d'une manière fort ingénieuse, il est vrai, l'édifice osseux si délicat et compliqué de la région, pour n'obtenir, en dernière analyse, qu'un résultat très hypothétique, bien heureux si des conséquences quelquefois graves ne viennent pas ajouter à la maladie première? Et pour ce qui est de créer tout d'une pièce un nouveau canal durable et dans lequel les larmes consentiront à s'écouler, cela me paraît, en pratique, si difficile, si impossible, que je ne comprends pas comment on ait pu, un seul moment, y songer.

Quoiqu'il en soit, malgré les succès très problématiques qu'ont obtenus les auteurs avec ces divers procédés, Mr. Reybard, de Lyon, bien loin de se laisser décourager, vient de présenter un nouvel instrument perforateur, qui jouit d'une certaine vogue en France. Sa construction est telle, qu'il

permet d'enlever une partie circulaire de l'unguis sans avoir à risquer soit des esquilles, soit des lambeaux de la muqueuse. A écouter Mr. le professeur Malgaigne, une nombreuse série de succès ne manquerait pas de venir plaider en faveur de l'instrument Reybard. Je ne doute pas que, plus perfectionné, il ne permette de faciliter et de garantir mieux et l'opération et ses suites, mais reste à savoir s'il est d'une inocuité parfaite, comme on l'assure, et s'il peut s'attribuer à lui seul le mérite des guérisons dont il n'est pas permis d'élever le moindre soupçon. Si Mr. Reybaud se croit obligé de recourir à sa cautérisation modificatrice c. à d. le nitrate d'argent en poudre appliqué topiquement dans la cavité du sac, c'est qu'apparemment son instrument, tout parfait qu'il soit, ne lui suffit pas, et nous sommes en droit de nous demander quelle part revient à cette médication supplémentaire? Peut-être pas la moindre, peut-être la plus grande, et aurait suffi à elle seule, sans la combinaison de la perforation.

L'inflammation du sac, de chronique, ne peut-elle devenir aigue, les parois du sac sous l'influence du caustique modificateur, ne peuvent-elles pas contracter des adhérences, si ce n'est dans toute leur étendue, au moins sur les points malades et en contact avec le nitrate d'argent, et amener ainsi une oblitération totale ou partielle? J'ai traité une fois, il est vrai en vain, une tumeur lacrymale, par des injections d'une forte solution du sel d'argent par la fistule, mais autre chose est déjà l'application directe de la poudre pure et les parois du sac largement ouvertes. Si j'avais augmenté ma solution caustique, ce que je craignais peut-être à tort, vu l'inflammation qu'elle déterminait dans la tumeur et les tissus circonvoisins, j'aurais eu probablement un résultat plus satisfaisant. Il est constaté aujourd'hui, non sans quelque surprise, que cette oblitération des voies lacrymales guérit sans qu'on doive se donner la peine de perforer ou d'enlever un os.

Messieurs Follin et Demarquay n'ont-ils pas relaté un certain nombre de faits d'anciennes guérisons, que Dupuytren avait cru obtenir avec la canule, et dans lesquels ils ont pu s'assurer, longtemps après, de l'oblitération complète des voies lacrymales? Puis donc que nous voyons cette oblitération se produire spontanément dans quelques cas, et sans que le chirurgien l'ait cherchée ni voulue, avec cette oblitération coïncider des guérisons radicales, et, d'un autre côté, la majorité des traitements par la canule, sans l'oblitération concomitante ou consécutive laisser une guérison très douteuse, si non le mal avec une plus grande gravité, il nous sera permis de conclure qu'entre ce phénomène spontané et la guérison, il y a plus qu'une simple coïncidence, mais un rapport intime de cause à effet.

Si maintenant nous cherchons à faire une appréciation de la méthode générale de la création de nouvelles voies au parcours des larmes et de ses divers procédés, qui honorent certainement l'esprit de leurs inventeurs, nous trouvons qu'il est impossible que ces derniers puissent atteindre le but auquel ils visaient; la nature ne peut se laisser mener suivant tous nos caprices, et elle se joue trop souvent de nos suppositions. Et d'abord au maintien de l'ouverture béante par une très petite canule ou autre corps, peut s'adresser les mêmes reproches qu'à Dupuytren. Canule pour canule je préfère celle du grand chirurgien; elle présente plus de garantie par sa fixation plus absolue, et par son volume.

Nous ne pouvons jamais savoir ce que deviennent ces petites canules obturatrices de l'ouverture perforée. Ne peuvent-elles pas glisser, tomber je ne sais où, avant la cicatrisation complète de cette dernière? Restent-elles bien ouvertes, perméables, ne pourront-elles pas se boucher par des mucosités, ou des exsudations de lymphé plastique? Une fois la place des tégments fermée, nous ne pouvons plus rien garantir, pas plus qu'à la canule de Dupuytren, or nous savons que celle-ci se comporte avec grande indocilité. L'ou-

verture osseuse artificielle que devient-elle? Il devra se former tout autour une membrane granuleuse comme dans toute réparation osseuse, membrane pouvant jouer le même rôle que le cal provisoire, et qui peut devenir plus tard le siège d'un travail d'organisation et d'ossification que la canule ne pourra toujours empêcher, en sorte qu'à une certaine époque l'ouverture qui doit éconduire les larmes, sera fermée, et si la guérison a lieu, on pourra l'attribuer à une cause qui n'existera plus ou n'aura même jamais existé. Nous avons la preuve de cela dans l'oblitération des ouvertures fistuleuses, bien plus considérables des os nouveaux après l'expulsion des séquestres, de l'oblitération des ouvertures du trépan, par l'épaississement de la Dure-Mère, ou par une nouvelle membrane fibreuse, dense, au dépend du périoste.

Enfin tous ces moyens se montrant la plupart du temps impuissants à guérir la tumeur lacrymale, on en vint au remède plus efficace de la cautérisation du sac lacrymo-nasal. On l'a pratiquée avec le fer rouge, et avec des pommades ou pâtes caustiques.

Deux procédés principaux doivent être distingués, la cautérisation faite de haut en bas, et celle faite dans la direction inverse, comme pour le cathétérisme de Laforêt et de Gensoul. Remarquons tout d'abord que dans cette méthode, on n'agit guère que sur le canal nasal, le sac lacrymal lui-même est presque entièrement négligé. Et c'est déjà, à nos yeux, une faute capitale. Le sac est supposé toujours sain, tandis qu'il est presque toujours, je dirai même dans la majorité des cas, exclusivement malade. Ainsi Mr. Desmarres, par une incision, découvre l'orifice supérieur du canal nasal, puis introduit dans ce dernier un cautère qui conserve sa chaleur, en raison d'une boule qu'il présente au delà de la partie destinée à cautériser. D'autres se sont servis de mèches enduites de diverses sortes de caustiques, beurre d'antimoine, oxyde rouge de mercure, précipité blanc, etc.

Mr. Gensoul porte le nitrate d'argent dans le canal à l'aide de portes-caustiques analogues à sa sonde. Mais ces divers moyens ne présentent guère d'avantages sur celui bien plus simple et plus doux de Mr. le professeur Rau; bien plus, ce dernier, par sa continuité d'action plus lente, mais d'autant plus sûre et inoffensive, devra être préféré dans un grand nombre de cas. De la cautérisation à la destruction complète des voies lacrymales, il n'y a qu'un pas. En cela on ne faisait qu'obéir au vieil axiôme de chirurgie „Ce que l'on ne peut guérir, qu'on le détruise“.

Pour tant de maladies chirurgicales, c'est la dernière espérance, de même pour la fistule lacrymale, ce pourra être une dernière ressource. Desmarres, dans son livre, Tome I, pag. 397, s'explique catégoriquement sur la question, en affirmant que dans les tumeurs lacrymales franchement aiguës, le larmoïement persiste malgré l'ouverture du sac, malgré la perforation de l'unguis, et malgré souvent tous les moyens dilatans, tandis qu'après la destruction du sac, il diminue considérablement et que, s'il persiste, ce n'est jamais au point d'avoir des inconvénients sérieux, et d'incommoder beaucoup le malade. Si Mrs. Bernard et Textor ont pu proposer et pratiquer l'extirpation de la glande lacrymale, pour guérir un épiphora, c'est qu'il n'y avait certainement aucune lésion, aucune maladie du sac ou du canal, et qu'ils étaient en droit d'attribuer le larmoïement à une activité fonctionnelle insolite de la glande. C'est du moins ainsi que je puis donner raison de cette opération. Si l'épiphora a été guéri dans ce cas, cela veut-il dire qu'il l'aurait été aussi pour le cas de tumeur lacrymale concomittante, et qu'il le serait infailliblement pour toute tumeur lacrymale quelconque? Certes, non. L'épiphora n'est pas le même dans les deux cas. Dans l'un, il est l'effet d'une maladie idiopathique de la glande, que nous ne connaissons point, il est vrai; dans l'autre, il est l'effet d'une irradiation sympathique, d'une affection bien caractérisée et localisée d'une région connue contre laquelle nous devons

principalement diriger notre thérapeutique. L'oblitération des voies lacrymales n'est point, comme il pourrait sembler, une invention moderne; c'est une idée ancienne remise sur le tapis, de guerre lasse, par quelques praticiens. Dans l'histoire de la science, nous voyons Nanoni de Naples, et Delpesch, après avoir ouvert le sac, le remplir de charpie et le détruire avec un mélange d'alun et de précipité rouge.

Scultet et Nanoni, fils, cautériser avec le fer rouge dans le même but; Bosche cautériser les points lacrymaux, afin de s'opposer au passage des larmes dans le sac. Desmarres dit avoir employé avec succès la pâte de Vienne; Roybard, de Lyon, avec sa cautérisation modificatrice, ne fait pas autre chose qu'une oblitération. Jæger arrive à ce but avec la pâte au chlorure de zinc. Enfin, je viens d'apprendre la guérison par oblitération accidentelle du sac de deux petites tumeurs lacrymales très-opiniâtres chez un enfant scrophuleux et ayant eu l'ozène; ce dernier guéri, les deux petites tumeurs résistaient à toute médication topique, jusqu'à ce que le médecin, après la ponction des deux sacs et l'introduction des cordes nitratées, non dans le canal, mais sous les téguments, ce qui, par bonheur, on peut presque le dire, dans ce cas eut donné lieu à des abcès multiples, à une vive inflammation avec suppuration, et, en finale, à des adhérences et oblitération des voies lacrymales. Chose inouïe, la guérison serait due ici à une faute d'opération, pour ne pas dire d'inhabileté. Quoiqu'il en soit, c'est à Nanoni, de Naples, que nous devons la tentative d'avoir érigé en méthode rationnelle une thérapeutique hardie dont, avant lui, l'empirisme seul avait su tirer quelque profit. Dans le temps actuel, la science reconnaît un bon nombre de cas authentiques de tumeurs lacrymales réfractaires guéries par cette dernière méthode.

Qu'il me soit permis, à la fin de cet essai, de rapporter deux faits qui me sont un peu personnels.

Le fait suivant observé à l'hôpital Pourtalès m'avait vivement frappé et m'a principalement suggéré de procéder à

l'opération dont il sera dit quelques mots bientôt. — Un homme d'une trentaine d'années, d'une constitution saine, se présente avec une fistule lacrymale, épiphora considérable. La maladie date de six semaines à deux mois. Le stylet introduit par la fistule fait reconnaître un os dénudé. Il y a engouement complet des voies lacrymales et sécheresse de la narine correspondante. Le malade accuse quelques accidents syphilitiques, il a eu une Blennorrhagie qui, dit-il, s'est guérie, mais pour laquelle, dans tous les cas, il n'a pas subi de traitement médical. Du reste, il n'a jamais eu aucun accident spécifique, et si cette nécrose en carie doit être envisagée comme un accident tertiaire, c'en est au moins le seul, je n'ai du reste jamais été entièrement convaincu qu'on pouvait l'envisager comme tel.

Quoiqu'il en soit, il fut mis pendant quelque temps à l'usage du Jodure de Potassium, et M. Cornaz, médecin de l'établissement, à l'aide d'un cautère analogue à celui qu'emploie Desmarres pour le canal nasal, lui cautérisa, à plusieurs reprises, le fond de la plaie dans le but d'enrayer le travail morbide de l'os et de favoriser l'exfoliation des lamelles nécrosées. La guérison survint d'une manière très rapide, l'épiphora diminua considérablement, et à la chute de l'escarre suivi la cicatrisation de la fistule très promptement, la disparition totale et de la tumeur et de l'inflammation de l'oeil et du larmolement. Plusieurs semaines après le départ du malade, j'eus l'occasion de voir que la guérison se maintenait. Je me demandai aussitôt, qu'il y ait eu lésion syphilitique comme point de départ de la maladie ou non, quelle part avaient pris le traitement local, et le traitement interne, et pour ce qui regarde la cautérisation, de quelle manière avait-elle pu agir? Je ne pus m'empêcher de penser que le chirurgien avec la seule pensée de toucher l'os malade, avait bien pu opérer une véritable cautérisation du sac et son oblitération à laquelle nous devrions rapporter toute la guérison ;

n'y ayant pas réfléchi dans le moment opportun, je ne pus m'assurer du fait par le moyen d'injections.

Beaucoup plus tard, j'eus l'occasion d'être consulté par un jeune homme de 17 ans porteur d'une tumeur lacrymale au côté gauche; une large fistule donnait cours à un abondant liquide purulent qui, quoique d'assez bonne apparence, me laissa soupçonner derrière la maladie une altération osseuse, mais nulle part, dans quelque direction voulue, le stylet ne touchait un os dénudé. Le larmolement et l'inflammation du globe oculaire étaient considérables. Les fosses nasales étaient saines, et, avant, il n'avait jamais eu d'autres maux de yeux. Pour autant qu'un premier examen permettait de s'assurer, la constitution du malade était exempte des vices scrophuleux ou syphilitiques.

Dès le commencement, il avait consulté un médecin à la campagne, qui s'était borné à employer les remèdes médicaux toujours convenables au début d'une telle affection, tels que soins de propreté, compression de la tumeur tous les jours, divers collyres et insufflations de poudre. Sous l'influence de ce traitement, suivi avec persévérance, il avait obtenu quelque soulagement marqué. Mais jamais l'épiphora ne cessa, jamais la tumeur ne s'affaissa totalement, au moins pour un certain temps. Une fois las des remèdes qu'il accusait d'impuissance, il vit son mal empirer avec rapidité.

Quoique je soupçonnasse une affection réfractaire, je résolus d'épuiser les moyens ordinaires avant d'en venir à une opération importante à laquelle je songeai tout d'abord, au cas où les premiers me fissent défaut.

La tumeur ne présentant aucun caractère inflammatoire, je ne voyais aucune indication d'user des antiphlogistiques.

Il me sembla convenable d'abattre un peu la phlegmasie conjonctivale, à l'aide d'un collyre au nitrate d'argent, et profitant de l'ouverture fistuleuse pour faire agir topiquement le médicament, chaque matin, après avoir vidé la tumeur, lavé soigneusement la cavité purulente avec de l'eau tiède, je lui

faisais une injection avec une solution de nitrate d'argent de gr. x sur $\overline{3}$ j d'eau distillée. Au bout d'une dizaine de jours, ne remarquant aucune différence, je doublai la solution. Les premières injections furent assez douloureuses, il y eut réaction inflammatoire, la tumeur même augmentait de volume, et la suppuration me parut plus abondante. Mais ces symptômes s'apaisèrent bientôt. Je ferai remarquer que presque la totalité du liquide de l'injection ressortait par la fistule. Je vis qu'il fallait agir sur le canal nasal, et aucun moyen ne me parut plus approprié que les cordes nitratées de M. le Professeur Rau; je commençai par des cordes de faible diamètre, du calibre des chanterelles de violon, mais je leur reconnus aussitôt un désavantage que doivent offrir tous les corps flexibles et pas assez rigides à ceux qui n'ont pas l'habileté et l'habitude nécessaires à ce procédé. J'étais étonné de voir le manuel opératoire occasioner de la douleur, la réaction inflammatoire assez vive, une rougeur éresypiteuse, un gonflement se manifester tout au tour des téguments; je craignais un phlegmen diffus et le pire, que le malade fût très mécontent du traitement.

Je n'eus cependant pas lieu de m'en étonner longtemps.

Dans les fortes expirations, l'engouement et l'obstruction du canal nasal persistaient au même degré, et après un examen attentif, je reconnus que la corde au lieu d'être dans le canal, ne se trouvait pas ailleurs que dans les tissus cutanés. Si c'est là un inconvénient réel de la méthode de Mons. Rau, au moins ne doit-il être imputé qu'à la légèreté et la maladresse de l'opérateur; mais j'avoue qu'il faut une certaine habileté, lorsque l'orifice du canal est oblitéré par un replis de la muqueuse, pour manier et faire pénétrer un corps flexible qui se laisse détourner par les moindres obstacles.

Je choisis alors une corde de plus grand calibre, offrant plus de résistance, et le manuel opératoire me fut rendu plus facile. Ce traitement me rendit de grands services, au point que je voyais avec certitude approcher une guérison défini-

tive. Tous les matins, après avoir retiré la corde de la veille, je continuais les soins de propreté, par le lavage et des injections, et peu à peu augmentait le calibre des cordes. Le canal restait perméable, la tumeur s'affaissait, la suppuration par la fistule diminuait, les symptômes du côté de l'oeil, l'épiphora et l'inflammation diminuaient aussi. Le malade paraissait très content de mon traitement, et son médecin ne l'était pas moins de son succès. Quand je vis enfin l'ouverture fistuleuse se rétrécir tous les jours plus, et un matin la pression à l'angle interne de l'œil ne plus faire sourdre de liquide par les points lacrymaux, je me décidai à cesser tout traitement, et je retirai la dernière corde. Au bout de quelques jours l'ouverture fistuleuse était complètement fermée, et l'on ne voyait aucune autre trace de la maladie. Je ne doutais pas un instant d'une guérison radicale.

La durée de ce traitement fut de près de cinq semaines. Inutile de dire que, conjointement au traitement interne tonique, l'huile de foie de morue et les amers fut suivi avec persévérance, lors même qu'il ne me paraissait pas d'une indication absolue. Mais il m'était aussi réservé de subir les déceptions ordinaires pour ceux qui ont suivi quelques traitements de cette affection, car environ trois semaines après, je vis revenir mon jeune malade avec sa même tumeur, avec sa même fistule, comme s'il n'avait jamais été guéri. Le larmolement était peu de chose, il est vrai, mais enfin il y avait une tumeur chaque matin, enchiffrement des voies lacrymales comme auparavant, à l'intensité près, mais qui, dans quelques jours peut-être, pourrait bien atteindre le même degré d'acuité. Que faire en pareille circonstance, me demandais-je?

Recommencer le même traitement me paraissait maintenant illusoire, le guérir de la sorte une seconde fois, si cela eut été possible, devait, selon toute probabilité, amener une deuxième récurrence, et alors quels reproches m'attirer de la part du malade? De ce côté donc, de très faibles chances, peut-être aucune; aucun moment ne me parût plus opportun,

aucune indication plus rationnelle que la destruction des voies lacrymales. Les deux succès que j'avais eu précédemment sous les yeux, et ceux enregistrés dans les annales de la science suffisaient pour m'y autoriser.

Mais, dira-t-on, il n'existait ni carie, ni nécrose, aucune anomalie dans la structure squelettique des voies lacrymales qui eussent pu exiger un moyen aussi extrême. C'est vrai, mais l'extrême chronicité, les récidives de la maladie, qui avaient déjoué l'emploi du meilleur des palliatifs, les remèdes antérieurs tout aussi inutiles, les chances de plus que m'offrait le nouveau procédé, tout cela parlait trop haut pour que je pusse l'écarter et m'obstiner à suivre une méthode en vain essayée et usée. La crainte puérile, quoique fondée à priori, de la persistance ou de l'augmentation de l'épiphora, ne m'arrêta pas un seul instant, puisque la physiologie n'a pas encore débrouillé ce point obscur; nous avons précédemment essayé de faire voir que ce symptôme, l'épiphora, était une conséquence nécessaire moins d'un obstacle physique à l'écoulement libre des larmes par les voies naturelles, que de l'état de la muqueuse de ces dernières devenu, en quelque sorte, une habitude morbide et réfléchissant la maladie sur d'autres fonctions et d'autres tissus que ceux primitivement affectés, en augmentant leurs sécrétions, en altérant leur structure anatomique et affaiblissant leur absorption.

Quelque théorie qu'on admette sur la sécrétion et l'excrétion des larmes, qu'elles proviennent uniquement de la glande lacrymale, ou que d'autres tissus et glandules concourent pour une certaine part dans leur production; qu'elles disparaissent en totalité par les canaux nasaux, ou qu'elles soient résorbées à la surface du globe oculaire, toujours est-il que la cessation, plus ou moins parfaite, absolue même de l'épiphora, après la destruction des voies lacrymales, n'a rien qui doive nous étonner. Quoi de plus naturel que de supposer l'oblitération complète des voies d'excrétion amener, peu à peu, une véritable atrophie de la glande, et si non une

atrophie, au moins une suspension, une moindre activité fonctionnelle de l'organe, une réduction dans son énergie physiologique jusqu'à un minimum suffisant encore pour lubrifier convenablement les membranes de l'œil, mais non capable de produire le larmolement. On a vu des atrophies partielles du foie résulter de l'oblitération de quelques-uns des conduits, dont la réunion forme le canal hépatique; on voit tous les jours dans la nephrite albumineuse la sécrétion de l'urine diminuer au fur et à mesure des progrès de l'oblitération des pyramides de ferrein par compression, ou par un épanchement interstitiel dans les tubes urinifères, puis l'atrophie des reins ne jamais manquer dans la période ultime de la maladie. Pour dernière réflexion, je me disais: „Quoiqu'il arrive, il ne peut arriver pire.“

La question du choix du caustique me paraissait assez importante, leur grand nombre ainsi que les succès et les récommandations pour un chacun ne pouvait qu'ajouter à mon embarras.

Celui que j'avais vu employer était le cautère actuel. Pourquoi le choisissai-je à l'exclusion des autres? J'avais été frappé de son efficacité, de sa grande tolérance de la part des malades, de la faible réaction qu'il détermine; chacun de nous a pu juger mille fois que ce moyen est loin d'être aussi barbare que son nom semble l'indiquer aux personnes étrangères à notre art. Parmi les caustiques les plus généralement employés en chirurgie, se trouvent la potasse, soude, chaux, la poudre de Vienne, avec sa modification le caustique de Filhos, le beurre de zinc et d'antimoine, et enfin le cautère actuel; je ne dois pas ici mentionner les pâtes arsénicales, de frère Côme, de Dupuytren, ou de Rousselot. La potasse et le beurre d'antimoine ont l'inconvénient de fuser, et vu le voisinage d'un organe si important, il aurait été téméraire et et plus qu'imprudent de le choisir, mais déjà la difficulté à calculer d'avance d'une manière précise la largeur de l'escharre pour la quantité de l'alcali à employer, et la lenteur de la

séparation de la partie mortifiée m'engageaient à l'écarter de suite.

L'action du beurre de zinc est peut-être moins douloureuse pour le patient, il donne une escharre sèche, grisâtre et se détachant facilement; mais au lieu de trois heures, il faut compter six à sept heures pour le produire, la peau étant revêtue de son épiderme. Certainement le chlorure de zinc ne peut remplir aucune indication spéciale, que la pâte de Vienne au même titre ne remplisse avec autant de certitude et de facilité; de plus, l'action de la poudre de Vienne est immédiate, rapide, peu douloureuse, et, chose essentielle pour l'opération en question, elle peut se mesurer d'avance d'une manière exacte, et les effets s'accomplir en présence du médecin qui peut les surveiller et les diriger à sa guise. Mais tous ces avantages, le cautère actuel nous les offre encore à un plus haut degré. Ce moyen, nous le tenons bien mieux sous notre entière dépendance, il est, en quelque sorte, tout à fait dans nos mains, et nous pouvons ne détruire que ce que nous voulons bien détruire, quand ce serait à un minimum près. Il serait toujours difficile d'évaluer par avance au juste la quantité de caustique nécessaire pour cautériser en entier la cavité interne du sac, et pour ne rester en rien ni au delà, ni en deça, l'opération pouvant échouer complètement sans cette précaution; de plus, la nature de la région demande un grand intérêt à ménager les téguments autant que possible, afin d'éviter toute difformité de cicatrices, ou toute influence de ces dernières sur les paupières. Egalité pour égalité, le fer rougi présente plus de certitude, et de chances de réussite complète, que le zinc et le caustique Filhos. Je me servis pour l'opération du cautère usité ordinairement pour les yeux, celui de Desmarres pour cautériser le canal nasal, c. à d. celui à tige recourbée à angle droit et muni près du manche d'une petite boule à réservoir pour affaiblir le pouvoir conducteur.

Une incision verticale à concavité dirigée vers le globe

oculaire sur toute l'étendue de la tumeur depuis son cul-de-sac supérieur et rejoignant à son extrémité inférieure l'ouverture fistuleuse, mit à nu la cavité du sac, laquelle fut soigneusement lavée du sang et des mucosités purulentes.

Le sang fourni par l'incision n'est jamais considérable, car il provient de la petite artère capillaire, rameau de la frontale, qui devient tégumentaire au-dessus du tendon de l'orbiculaire et va se perdre dans la peau de la racine du nez. Avec le stylet je m'assurai de l'intégrité parfaite des parvis osseuses et de la perméabilité du canal nasal. L'écoulement sanguin ayant bientôt cessé, des compresses furent maintenues par un aide sur l'œil, le front et la joue et les deux lèvres de la plaie maintenues bien écartées, le cautère fut promené latéralement, et de haut en bas dans toute l'étendue des parois du sac pendant quelques secondes. Des compresses d'eau glacée furent appliquées sur la plaie et laissées en permanence pendant toute la journée. Vers le soir, se manifesta un peu de réaction, de la céphalalgie, une légère accélération du pouls, un peu de gonflement inflammatoire des paupières, mais heureusement pas de menace d'érésypèle. Le malade avait pris du calomel à dose réfractée qui fut continué le lendemain.

La plaie ne montra naturellement aucune tentance à se fermer par première intention. Vers le cinquième jour commença la suppuration éliminatrice et, pour tout pansement, je me bornai alors à un petit linge fenêtré enduit de cérat.

L'escharre éliminé, des bourgeons charnus de belle apparence s'élevèrent du fond de la plaie dont la cicatrisation dorénavant marcha sans aucune entrave de la part des larmes ou de l'inflammation, qui ne persista pas longtemps. Cependant je ne dois pas omettre de dire que l'épiphora persista pendant toute la durée du traitement en plus ou moins; des jours il disparaissait complètement, mais pour réparaître le lendemain; mais précisément ces oscillations d'un phénomène qui jusqu'alors, avait montré une persévérance égale de tous

les jours, pour ainsi dire, m'engageaient à penser qu'il pourrait bien cesser une fois pour toutes, et me faisaient présumer un avenir favorable.

Malheureusement, dans ce moment même où ces lignes sont écrites, le temps écoulé n'est pas encore suffisant pour garantir une guérison avec une complète certitude. Sept à huit semaines après la cautérisation, le malade présentait à l'angle interne de l'œil une cicatrice verticale presque linéaire, avec une faible traction, l'œil ne conservait aucune trace d'inflammation de la conjonctive ou de blépharite ciliaire, le muscle orbiculaire conservait son jeu dans son intégrité, et aucune tumeur, même partielle, du sac ne s'était reproduite. Quand je vis le malade, il y avait absence totale d'épiphora; mais il m'assurait cependant que, suivant le temps, son œil se mouillait, mais ne pleurait jamais comme auparavant et que cela ne le gênait pas. Ce que sera devenu depuis lors, deux mois pendant lesquels je ne le revis pas, l'épiphora, je ne puis le dire; cependant je suis en droit de penser que, dans tous les cas, il n'aura pas augmenté; car certainement le malade n'aurait pas manqué de venir retrouver son malencontreux médecin.

Il aurait été intéressant de s'assurer de la perméabilité ou de l'oblitération du sac et des conduits lacrymaux par le moyen d'injections, mais il me manquait les instruments nécessaires. Si maintenant nous nous résumons pour ce qui concerne la thérapeutique des tumeurs lacrymales, nous pensons qu'il ne faudra jamais trop insister sur des moyens médicaux exclusivement, car moins on laisse vieillir la maladie, plus on garde de chances de la guérir par quelque procédé que ce soit. Dans un certain nombre de cas, à eux seuls ils pourront être suffisants, dans d'autres, ils constitueront un utile adjuvant sous forme d'applications locales ou de médication interne, lorsqu'on aura à faire à une constitution scrophuleuse, à un tempérament lymphatique. S'ils restent impuissants, on ne devra pas non plus recourir de suite à la

destruction des voies lacrymales comme méthode souveraine à appliquer banalement à tous les cas, sans distinction, car de ce que nous connaissons un certain nombre de guérisons obtenues par ce moyen seul, cela ne veut point dire qu'il soit infailible, l'histoire a certainement oublié d'enregistrer les déceptions qu'il aura occasionnées comme toutes les autres méthodes, et peut-être les accidents qu'il aura entraînés. L'anatomie pathologique, la physiologie normale et morbide, les causes de la maladie sont encore enveloppées de trop d'obscurités pour que l'on puisse instituer un traitement rationnel pour tous les cas possibles. Ici, comme dans beaucoup d'autres chapitres de la pathologie, lorsque nous voyons une inégalité de succès d'une même médication appliquée au traitement d'une maladie identique en elle-même en apparence, nous serons forcés de reconnaître que, suivant son espèce, son degré d'acuité ou de chronicité, sa cause prochaine ou éloignée, ses complications ou sa simplicité, son origine simple, franche ou spécifique, son siège dans telle ou telle partie de ce système énigmatique, on pourra faire intervenir tel traitement avec plus de profit que tel autre, on devra faire des essais et des tâtonnements, toujours plus ou moins fâcheux, avant d'arriver au véritable moyen. Ainsi les injections sont une excellente méthode pour nettoyer, débarrasser et modifier la vitalité des tissus membraneux.

Le cathétérisme par les points lacrymaux, qui n'a paru facile qu'à son inventeur, nous paraît n'avoir qu'une mince utilité comme moyen de diagnostic, et aucune, comme thérapeutique ; par contre pratiqué par les fosses nasales, ce qui est aussi difficile ; c'est un excellent moyen comme désobstruant, lorsque des mucosités concrètes embarrassent le canal nasal.

La méthode de Mr. le professeur Rau l'emporte sur tous les autres procédés de dilatation, tels que mèches, sétons, fils métalliques, cloux, canules. La cautérisation, on n'hésitera jamais à l'employer lorsque la fistule reconnaîtra pour cause une carie ou une nécrose ; la destruction des voies lacrymales

enfin réservée pour un haut degré de chronicité, lorsque l'état de la maladie rendra ou aura rendu toute autre thérapeutique inutile. Parmi les méthodes qui se proposent de créer une nouvelle voie aux larmes, quoiqu'elles ne me paraissent pas très rationnelles, s'il y avait à choisir, la trépanation de l'unguis avec l'instrument Reybard me paraît la plus facile à exécuter et celle qui présente le moins de gravité. Elle me paraît spécialement indiquée lorsque l'affection reconnaît d'une manière évidente un obstacle palpable au libre écoulement des larmes, tel qu'une tumeur polypeuse ou non développée sur le trajet de l'appareil lacrymal, ou des fosses nasales, du sinus maxillaires, une exostose de l'unguis, une fracture avec fausse consolidation du maxillaire, des os propres du nez, déterminant une oblitération réelle, sans autre lésion fonctionnelle ou altération primitive des tissus.

Monsieur Demarquay doit l'avoir pratiquée six fois avec plein succès pour des cas semblables.

